

Ny grund behövs för tvångsvård

Statsmakterna bör försöka utarbeta lagar kring tvångsvård som tar sin utgångspunkt i beslutskapacitet snarare än i medicinsk diagnos. Grundtanken i den nya patientlagen bör utgöra utgångspunkt för hur inskränkningar av patientens självbestämmande utformas.

Hur ska sjukvården förhålla sig till oss medborgare då vi blir patienter? Frågan är viktig, och den ligger just nu i stöpsleven. Ett förslag finns till en ny patientlag, som reglerar normalförhållandet mellan sjukvård och patient. Huvudtanken är att en praxis som vuxit fram och successivt kodifierats i hälso- och sjukvårdslagen ska förtydligas. Patienter ska garanteras en absolut vetorätt mot behandling som de inte vill ha. Det medför krav på information. Patienter har också rätt att vara med i valet av behandling, då olika möjligheter finns att hantera problemen. Det ställer än större krav på information som grund för samtycke. Patientens vetorätt är långtgående. Den som behöver blod för att överleva, men som motsätter sig detta, har fortsatt rätt att blodvägra sig in i döden.

Detta är normalfallet. Men denna rätt till veto och medbestämmande har trots allt begränsningar. Dessa är i dag reglerade framför allt i de lagar som rör psykiatrisk tvångsvård och vård av missbrukare i särskilda fall. Också kring dessa bestämmelser om tvångsvård finns en lång rad lagförslag. Personer som lider av allvarlig psykisk störning men som motsätter sig vård ska också i fortsättningen kunna påtvingas sådan. Vissa begränsade tvångsåtgärder föreslås också bli lagliga i omhändertagandet av patienter som till följd av demens inte kan förstå sitt eget bästa. Slutligen ska personer som på grund av drogmissbruk riskerar sin egen eller andras hälsa enligt ett förslag kunna vårdas inom ramen för den psykiatriska tvångsvården. Det särskilda tvånget riktat mot missbrukare, reglerat i socialtjänstlagen, är alltså tänkt att upphöra.



TORBJÖRN TÄNNSJÖ
professor i praktisk filosofi vid Stockholms universitet och knuten till Stockholm Centre for Health Care Ethics (CHE)
torbjorn.tannsjö@philosophy.su.se

Granskar man alla dessa förslag framträder en förvirrande bild. Olika utredningar tycks ha arbetat oberoende av varandra. Bakom mångfalden av förslag söker man förgäves en bärande tanke. Bristen på sådan medför att vissa av lagförslagen blir missriktade (viktiga patientgrupper faller mellan stolarna) medan andra får en direkt diskriminerande utformning. Detta sammantaget har fått mig att tänka att samhället – lagstiftarna – borde besinna sig. Det vore en god idé att se över hela området på nytt och att dröja med nya lagar till den stund då det går att utforma ett sammanhängande system av lagar grundat på en övergripande idé.

Hur ska man då finna denna övergripande idé? Den finns uttryckt redan i gällande hälso- och sjukvårdslag och får ett än mera pregnant uttryck i förslaget till ny patientlag! Jag tänker på *respekten för beslutskapabla individers rätt att säga nej till sjukvård och rätt att medverka i valet av behandling då olika möjligheter står till buds*.

Mot förslaget till ny patientlag finns således inte mycket att invända. Det reglerar sådant som information, samtycke och delaktighet och val av behandlingsalternativ. Det innebär en kodifiering av gällande praxis och ett för-

tydligande av vad som redan nu sägs i hälso- och sjukvårdslagen. Man kan möjligen invända att portalparagrafen i den nya lagen i ett hänseende går till överdrift. Man stadgar där att den nya lagen »ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet«. Det är inte lätt att förstå hur en lag kan ha den funktionen över huvud taget, och det är svårt att förstå varför det skulle vara sjukvårdens uppgift att göra oss medborgare självbestämmande. Vill vi inte bestämma själva så måste sjukvården rimligen respektera detta (som också stadgas senare i lagförslaget). Vad det handlar om bör i stället vara att *respektera* patienters vilja, förutsatt att de alls har en förmåga till självbestämmande (är beslutskapabla). Här finns alltså plats för bättre formuleringar i lagförslaget. Andan är ändå riktig.

Hur ska man då förfara med personer som saknar förmåga till självbestämmande? En rimlig utgångspunkt är, menar jag, att om de saknar denna förmåga just då det gäller den egna vården så ska de kunna påtvingas vård. En person som inte kan förstå sitt eget vårdbehov, eller som kanske kan förstå det men inte kan fatta självständiga effektiva beslut om den egna vården, bör för sitt eget bästa kunna påtvingas vård. Detta, och inget annat, borde vara grunden för tvång i vården! Men ser man så på saken framträder olika konstigheter i de nya förslag till tvångslagstiftning som cirkulerar.

Förslaget till psykiatrisk tvångsvård blir med denna utgångspunkt en anomali. Här föreslås att den som kan få sin psykiska funktionsförmåga avsevärt förbättrad genom att vård kommer till stånd, eller avsevärt försämrad om vård



Det har lagts fram en lång rad lagförslag som rör sjukvården, men det saknas en gemensam bärande idé bakom dem. En sådan bör tas fram, och i avvaktan på det bör man dröja med nya lagar, menar Torbjörn Tännsjö.

uteblir, och som motsätter sig psykiatrisk vård, ska kunna påtvingas sådan.

Hur kan detta tvång mot patienter med en viss typ av diagnos (allvarlig psykisk störning) motiveras, då det är förbjudet att påtvinga medlemmar i Jehovas vittnen blod? Är det som går i dagen här en fördom mot psykiatrisk sjukdom? Eller finns det en underliggande tanke?

Jag tror det går att spåra en underliggande (rimlig) tanke. Den som lider av en allvarlig psykisk störning är inte kapabel att fatta självständiga beslut om sin vård. Därför kan det vara rätt att påtvinga henne vård. Sådant tvång är alltså förenligt med respekt för beslutskapabla individers vetorätt mot vård. Det riktar sig i praktiken uteslutande mot personer som saknar beslutskapacitet.

Kanske stämmer det att den som lider av allvarlig psykisk störning också saknar beslutskapacitet beträffande det egna vårdbehovet. Men varför då inte utforma lagen så att den hänvisar till detta förhållande, och inte till någon särskild diagnos? Då skulle inget utrymme finnas för misstanke om diskriminering.

I det nya lagförslaget finns också en hänvisning till patientens potentiella farlighet. Hon ska kunna tvångsvårdas om det är sannolikt att hon utgör en fara för sitt eget eller andras liv och hälsa. Hänvisningen till fara för andra gör ett underligt, ålderdomligt och fördomsfullt intryck. Normalt gäller nog att om någon till följd av sin psykiska störning är farlig för andra, så har hon också ett behov för egen del av vård. Då kan man tvångsvårda henne på den grunden, och man behöver inte åberopa fara för andra. Men rent logiskt borde det kunna finnas fall då någon utgör en fara för andra utan att hon för egen del har behov av vård. Hur bisarrt vore det inte då att påtvinga patienten en vård som hon för egen del inte behöver? Sådana individer borde väl snarare hantearas av polismakten!

Valet av allvarlig psykisk störning som grund för tvångsvård, snarare än bristen på beslutskompetens, får också den besynnerliga konsekvensen att det är svårt att se hur man ska tillgodose andra former av vårdbehov hos psykiskt störda individer än sådana som rör just den mentala hälsan. Den som vägrar att ta emot psykofarmaka med hänvisning till att CIA har blandat arsenik i medicinerna kan tvångsmedicineras. Den som på samma grund vägrar att ta sitt insulin skulle inte kunna påtvingas detta.

Detta är inte glasklart i förslaget till lag, men om tvång inom den öppna psykiatri (något som ska tillåtas i lagen)

sågs att en patient ska kunna ges medicin mot sin vilja bara om läkemedelsbehandlingen är nödvändig för att undvika att patienten allvarligt försämrats i sitt psykiska tillstånd eller för att patienten ska kunna avsevärt förbättras i sitt psykiska tillstånd. Här finns alltså inget utrymme för att ge insulin med tvång till psykiskt störda patienter. Hade man talat generellt om en rätt att vårda patienter för deras bästa, mot deras vilja, i de fall då de inte kan fatta självständiga beslut om sin vård, hade sådana oklarheter inte uppkommit.

Valet att godta tvångsvård bara mot patienter med vissa diagnoser (drogberoende ska alltså i framtiden enligt ett lagförslag likställas med psykisk störning) medför också att stora grupper patienter, som i realiteten saknar beslutsförmåga men som saknar dessa diagnoser, faller mellan stolarna. Dit kan framför allt räknas patienter som lider av demens eller grav utvecklingsstörning. Statsmakterna tar ett trevande steg mot att godta ett visst tvång mot denna kategori av personer, men inte beträffande deras sjukvård.

Med stöd av ny tvångslagstiftning inom socialtjänsten föreslås att dementa ska kunna hållas kvar i låsta boenden, placeras bakom sänggrindar osv, under reglerade former (något som i dag sker utan lagreglering). När det gäller att se till att dessa personer får nödvändig medicinsk vård, också då de till följd av oförstånd motsätter sig sådan, ställs inga förslag alls till reglering. Ja, i en

pågående utredning om beslutsförmåga patienter (2012:72) förbjuds utredarna i direktiven att lösa detta problem.

Jag förmodar att man också i fortsättningen kommer att droppa laxermedel på sockerbiten till den som motsätter sig mediciner, eller ge tandvård till den motspänstige, då viktiga hälsovården står på spel, men något stöd i lagen får de som arbetar inom vården inte för sådana åtgärder. Varför inte? Förklaringen är att lagstiftarna undviker det uppenbara kriteriet på tvångsvård: bristande beslutsförmåga på det område där vården ska ges. Det är svårt att här generellt ange en bestämd diagnos som skulle motivera tvång.

Mer finns att säga om fixeringen vid diagnoser i regleringen av tvångsvård, inte minst då det gäller patienter som begår brott under inflytande av allvarlig psykisk störning. Vad som sagts så här långt borde dock räcka för att underbygga slutsatsen. Statsmakterna bör besinna sig, tänka igenom hela frågekomplexet en gång till, och försöka utarbeta lagar kring tvångsvård som tar sin utgångspunkt i beslutskapacitet snarare än i medicinsk diagnos. Grundtanken i den nya patientlagen bör bilda utgångspunkt för hur inskränkningar av patientens självbestämmande utformas.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

MER DEBATT PÅ LÄKARTIDNINGEN.SE

Snabbtest för grupp A-streptokocker är inte ensamt tillräckligt för att skilja mellan tonsillit och asymtomatiska bärarskap

--- Sammanfattningsvis är det svårt att endast med snabbtest avgöra om patienten har en infektion eller är bärare av GAS. Man behöver både en klinisk bedömning och ett snabbtest för att kunna hitta de patienter som med stor sannolikhet har en GAS-orsakad tonsillit. Urvalet av dem som ska provas bör baseras på kliniska kriterier enligt Centor, vilket redovisas i Läkemedelsverkets och Smittskyddsinstitutets rekommendation.

Bo Aronsson, Christian Giske, Martin Sundqvist, Kristian Roos, Sigvard Mölstad, Charlotta Edlund, Agneta Aust-Kettis, Kerstin Claesson

Replik: Det som bör diskuteras är hur snabbtestet ska användas och tolkas

--- Vi är helt eniga om att ett resultat av ett snabbtest inte ensamt får ligga till grund för diagnostik. Det vi att menar det finns anledning att diskutera är hur snabbtestet ska användas och tolkas. ---

Urban Forsum, Gunnar Nordin

Farlighetsbedömningar är möjliga men kräver intresse och kunskap

Hans Olsson varnar i LT 6/2013 (sidan 290) för den utveckling vi sett exempel på i Frankrike, --- Olsson har rätt i att det är svårt att göra en farlighetsbedömning, men han har helt fel när han påstår att »Suicid är så gott som omöjliga att förutse på individnivå ...«. --- Om en

psykiater trots allt ska kunna dömas för ett mord som en patient begått, då borde ansvarig politiker samtidigt dömas för anstiftan till mord, för att ha föroresakat de omständigheter som läkaren befann sig i och som hindrade en ordentlig undersökning av patienten. Kanske ett bra sätt att bryta den många gånger usla kvaliteten i psykiatrisk verksamhet? ---

Carina Hellström

Replik: Var finns studierna?

--- Det vore i stället önskvärt om dr Hellström kunde visa den vetenskapliga grunden för sitt påstående om att riskbedömningar på individnivå är möjliga utan ett orimligt stort antal falskt positiva utfall. Var finns dessa studier?

Hans Olsson